UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1946 N° 4

Contribution au Traitement du Volvulus aigu du Côlon sigmoïde

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en janvier 1946

PAR

Françoise RAPHAEL-WAHL

Ex-Prèparateur à la Faculté de Nancy
Chirurgien-Dentiste diplômée de la Faculté de Nancy
Diplômée de Médecine Légale et de Psychiatrie
Diplômée de Sérologie et de Prophylaxie vénérienne
Diplômée d'Hygiène et Médecine Sociale

MEMBRES DU JURY.... MM. BOULARAN, *Président.*
GUILHEM
VIRENQUE } *Assesseurs.*
RIEUNAU
GRIMOUD, *Suppléant*

IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2
TOULOUSE

1946

CONTRIBUTION AU TRAITEMENT

du

Volvulus aigu du Côlon sigmoïde

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	CALVET
Assesseur	SOULA
Doyens honoraires	BARDIER GORSE

Professeurs honoraires

MM. ESCAT, RISPAL, MOOG, MERIEL, CAUBET, RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, DALOUS, LAFFORGUE, SERR

PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	VALLOIS CLERMONT
Histologie et embryologie	N...
Pathologie interne	N...
Clinique médicale	TAPIE ROQUES
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	BOULARAN
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Oto-rhino-laryngologie	CALVET

	MM.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Matière médicale	VINCENT
Clinique obstétricale	GARIPUY
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale du cancer	DUCUING
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Histoire naturelle	DELAS
Médecine légale et déontologie	MOREL
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Anatomie pathologique	N...

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GARIPUY
Cours d'anat. physiol. et pathol. élém. aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Histologie	CALVET
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Stomatologie	CADENAT
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	GARRIC
Législation pharmaceutique	BOUISSET
Microbiologie	BOUISSET
Bactériologie	DARNAUD

	MM.
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.)
Anatomie	THOMAS LAZORTHES
Botanique et cryptogamie	Mme DULUCQ-MATHOU
Chimie analytique	BLANC
Médecine expérimentale	GERAUD
Pathologie chirurgicale	GRIMOUD
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine opératoire	DIEULAFE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	SOULA
Thérapeutique	LASSERRE
Pharmacie galénique	COUTURIER,
Médecine du travail	BOUNHOURE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

	MM.
Histologie	BIMES, ch. de f.
Physiologie	BAISSET
Médecine	PLANQUES DARNAUD, ch. de f. GERAUD, ch. de f. GADRAT, ch. de f. LASSERRE, ch. de f. BOUNHOURE, ch. de f.
Anatomie	LAZORTHES, ch. de f.

	MM.
Chirurgie	VIRENQUE GRIMOUD, ch. de f. DIEULAFÉ, ch. de f. RIEUNAU, ch. de f.
Obstétrique	GUILHEM
Physique médicale	MARQUES, ch. de f.
Chimie	VALDIGUIE (P.), ch. de f.
Pharmacie	BLANC, ch. de f.

Secrétaire de la Faculté .... DUCROS

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1946 N° 4

Contribution au Traitement du Volvulus algu du Côlon sigmoïde

THÈSE
Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et Soutenue publiquement en janvier 1946

PAR

Françoise RAPHAEL-WAHL

Ex-Prèparateur à la Faculté de Nancy
Chirurgien-Dentiste diplômée de la Faculté de Nancy
Diplômée de Médecine Légale et de Psychiatrie
Diplômée de Sérologie et de Prophylaxie vénérienne
Diplômée d'Hygiène et Médecine Sociale

MEMBRES DU JURY.... MM. BOULARAN, *Président.*
GUILHEM
VIRENQUE
RIEUNAU
Assesseurs.
GRIMOUD, *Suppléant*

IMPRIMERIE TOULOUSAINE (LION RAOUL)
2, RUE ROMIGUIÈRES, 2
TOULOUSE

1946

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Etre suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

A NOTRE PRESIDENT DE THESE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR BOULARAN.

Professeur de clinique chirurgicale infantile et orthopédique.

Qui nous a fait l'honneur d'accepter de présider à la soutenance de cette thèse.

Son enseignement nous fut très utile pendant les années d'études que nous avons passées dans cette faculté.

A NOTRE JURY DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILHEM,

Professeur agrégé à la Faculté.

Puisse-t-il trouver ici l'expression de notre gratitude pour la cordialité qu'il a bien voulu nous manifester en de multiples circonstances.

MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE,

Professeur agrégé à la Faculté.

Nous le remercions d'avoir bien voulu juger ce travail.

MONSIEUR LE DOCTEUR RIEUNAU,

Chargé de fonctions d'Agrégé à la Faculté.

Qu'il soit remercié pour avoir inspiré ce travail et nous avoir largement aidé à le réaliser avec sa bienveillance coûtumière.

MONSIEUR LE DOCTEUR GRIMOUD,

Chargé de fonctions d'Agrégé à la Faculté.

Nous le remercions pour les travaux qu'il nous a communiqués relatifs au sujet que nous nous sommes proposé de traiter.

À LA MEMOIRE

DE NOTRE REGRETTE PARENT

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LAMBERT,

Professeur honoraire à la Faculté de Nancy,
Officier de l'Instruction Publique,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Chevalier du Mérite social,
Lauréat de l'Ac. de Médecine et de la Société de Biologie.

Nous regrettons que sa disparition nous ait privé de la joie de voir cet ouvrage jugé par lui.
Ses conseils éclairés et ses encouragements affectueux furent pour nous extrêmement profitables.
Son souvenir demeurera toujours présent à notre mémoire.

EN SOUVENIR

DE NOTRE REGRETTE DIRECTEUR

MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND ROSENTHAL,

Directeur de l'Institut Dentaire de Nancy.
Mort au champ d'honneur au «maquis» de Vercors.

La grande valeur de son enseignement et la cordialité qu'il nous a manifestée fut un guide précieux au début de nos études.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE MIXTE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE TOULOUSE.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE NANCY.

ET

A NOS MAITRES
DE L'INSTITUT DENTAIRE DE NANCY.

L'enseignement que nous avons reçu d'eux lors de nos premières années d'études nous permit de poursuivre celles-ci avec succès lorsque les évènements tragiques nous forcèrent à quitter la Faculté de Médecine de Nancy.

A MON MARI.

GEORGES RAPHAEL

Chirurgien-dentiste.

A MA FILLE.

A MA MERE.

A MON FRERE

LE DOCTEUR CLAUDE WAHL

Médecin-Lieutenant

A MA GRAND'MERE.

A LA MEMOIRE

DE MON REGRETTE GRAND-PERE

A TOUS MES AMIS

Plan

I. Introduction et plan suivi.

II. Première partie.

A) Historique.

B) Chirurgie du côlon — Généralités.

III. Documents cliniques.

IV. Critique des moyens employés.

V. Technique opératoire proposée.

VI. Conclusions.

VII. Bibliographie.

Introduction

Depuis la fin du XIX^{e} siècle où les chirurgiens ont commencé à poser le diagnostic de volvulus du côlon sigmoïde, les procédés de traitement ont été diversement orientés.

En France RENDU présentait en 1875 à la Société Anatomique la question de « l'étranglement intestinal par double flexion de l'S iliaque sur elle-même ». En 1879, POTAIN dans une leçon clinique célèbre apportait à la question du volvulus du côlon pelvien d'autres précisions.

Depuis lors, nombreux furent les travaux portant sur le volvulus du côlon sigmoïde.

Voulant nous limiter strictement au sujet que nous nous sommes proposé de traiter, nous n'envisagerons que les divers procédés thérapeutiques depuis lors employés.

Nous signalerons rapidement dans une première partie les techniques anciennes et abandonnées et les raisons de leur disgrâce à la lumière des données actuelles de la chirurgie du côlon.

Deux documents cliniques seront ensuite le point de départ d'une discussion succinte portant sur les divers moyens curatifs actuellement proposés. Nous développerons en détail celui qui nous paraît donner les meilleurs résultats.

Enfin, après une brève conclusion, un chapitre de Bibliographie réunira les noms et textes des différents auteurs ayant inspiré ce travail.

CHAPITRE PREMIER

A) Techniques anciennes

Les tout premiers auteurs ayant attribué la torsion du côlon aux matières qu'il contenait, préconisèrent donc le traitement médical approprié : vider le côlon par une sonde rectale évacuant matières et gaz dans les cas heureux et le traitement prophylactique de la constipation pour essayer d'éviter les récidives nombreuses et le plus souvent fatales.

Ces mêmes auteurs et leurs élèves en France et surtout en Europe Centrale où cette affection est une cause extrêmement fréquente d'occlusion intestinale, alors que dans nos régions on rencontre une plus grande proportion de cancers, ne tardèrent pas à préconiser un traitement chirurgical : ouvrir la paroi abdominale, détordre l'anse volvulée après l'avoir évacuée par une sonde rectale ou un gros troquart. Un peu plus tard, pour éviter les récidives fréquentes on pratiquait en plus une fixation de l'anse à la paroi : une colopexie.

C'est alors que se fait jour l'idée des raisons anatomo-pathologiques de cette affection ; le mega côlon congénital ou acquis et la nécessité d'y remédier pour éviter les récidives qu'une fixation à la paroi ne suffisait pas à empêcher.

Les auteurs remarquèrent également le rôle joué par la mésosigmoidité rétractile qui, rapprochant progressivement les pieds de l'anse sigmoïde par la traction de ses brides fibreuses l'aide à effectuer son mouvement de rotation autour de l'insertion de son méso malade.

Parmi les diverses techniques opératoires, citons pour mémoire la sigmoïdoplicature accompagnée de mésosigmoïdoplastie, et l'invagination préconisée l'une par HAGEN TORN l'autre par W. LANGE. Citons également l'anastomose aux deux pieds de l'anse telle que G. POCHHAMMER ou RETZLAFF, la pratiquaient ; ce dernier fixant celle-ci à la paroi abdominale la transformait en ligament après qu'elle se fut atrophiée.

Mais, et c'est l'avis de la majorité des auteurs, la méthode de choix est la résection de l'anse, et c'est sur les diverses manières de l'effectuer que va porter la partie principale de notre travail.

B) Chirurgie du Côlon

Généralités

L'opération de résection de l'anse sigmoïde comporte tous les risques des interventions portant sur le côlon descendant et demande les précautions opératoires de celles-ci.

« Au niveau du côlon plus que partout ailleurs, dit QUENU. la crainte de la désunion par distension par septicité ou par ischémie doit être la pensée constante du chirurgien. Aussi le souci de la guérison rapide doit souvent s'incliner devant les exigences supérieures de la sécurité et les opérations brillantes céder le pas aux méthodes plus lentes des temps successifs, des extériorisations et des dérivations ».

En effet, les sutures peuvent se disjoindre car cette partie de l'intestin présente une irrigation souvent insuffisante ; la distension gazeuse et les produits plus ou moins solides et traumatisants venant s'y ajouter le contenu de la lumière intestinale risque d'être répandue au dehors.

Et nous voyons quel est le second danger de ces interventions : l'infection péritonéale et la cellulité par le contenu intestinal dont la septicité est accrue par le phénomène de stase.

Enfin il est quelquefois extrêmement difficile de réunir après la résection les deux sections qui peuvent être de diamètres différents ; et à l'endroit de la suture peuvent se produire des culs de sacs et des rétrécissements cicatriciels. De plus des brides cicatricielles peuvent produire des occlusions au niveau des anses grêles voisines de la résection.

Pour compléter ces notions, et bien que ceci soit exceptionnel dans le cas que nous voulons étudier, sachons que les manœuvres opératoires peuvent être délicates lorsque, effectuées sur la partie terminale du côlon descendant, elles doivent être pratiquées dans le petit bassin, sur une portion d'anse solidement fixée. Un décollement colo-pariétal peut être nécessaire.

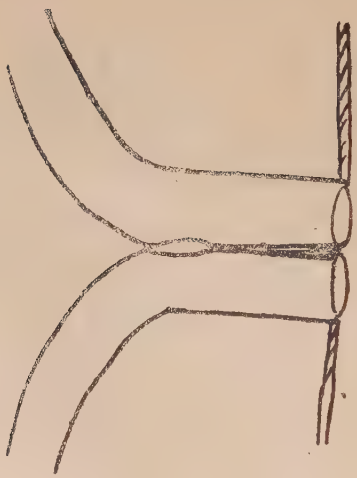
Plusieurs types de techniques furent proposés par un certain nombre d'auteurs.

Rappelons les succintement.

Le 2 mai 1833, REYBARD effectuait la première colectomie idéale en un seul temps. Pendant longtemps toutefois nul ne put réussir une telle intervention ni sur l'animal ni sur l'homme. Ces dernières années les perfectionnements de la technique chirurgicale remirent en honneur ce rétablissement immédiat de la continuité intestinale après la resection.

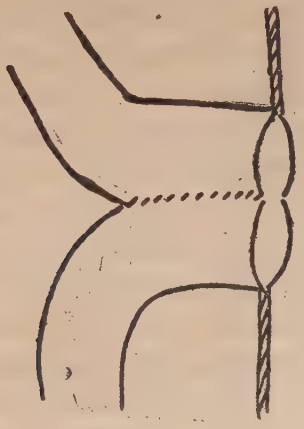
La même année, VOLKMANN, au contraire, pratiquait la colectomie en deux temps. Après la résection, l'auteur abouchait à la peau les deux pieds de l'anse. Dans un second temps, la cure de cet « anus artificiel »

était pratiquée. Ce procédé fut repris par maints auteurs qui, le perfectionnant dans ses détails, l'adaptèrent aux nécessités de la chirurgie côlique, telle qu'elle doit être pratiquée actuellement pour être assurée du maximum de sécurité.

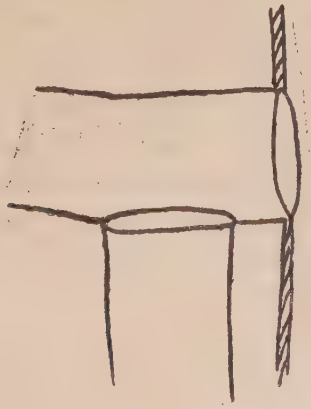


L'anastomose latéro-latérale prépare la cure ultérieure de l'anus artificiel. Un entérotome placé sur l'éperon aide au rétablissement de la continuité intestinale.

Partant du même principe mais un peu différent dans sa technique est le procédé de FIOLLE. Il supprime l'éperon qui sépare les deux « canons de fusil » du procédé précédent. Il fait communiquer l'anastomose latéro-latérale et les sections des pieds de l'anse.



LARDENOIS abouche à la peau le bout supérieur et pratique une anastomose latéro-terminale entre celui-ci



et le bout inférieur. Un tel procédé comporte des manœuvres opératoires extrêmement délicates. Il serait indiqué dans le cas où les deux sections sont de diamètres très inégaux.

Une autre date dans la chirurgie du côlon : En 1822, RECLUS à Paris, BLOCH à Copenhague pratiquent l'extériorisation préalable permettant à l'anse de recouvrer une vascularisation suffisante. En 1900 et 1902, PAUL de Liverpool et MIKULICZ y joignent l'extériorisation du meso, ceci en particulier dans le cas de tumeurs malignes ou de gangrène de l'anse. Cette extériorisation permet également au péritoine d'organiser sa propre défense contre l'infection par une série d'adhérences.

Enfin, signalons que SOUPAULT, pour éviter l'agression septique du contenu intestinal vis à vis de la cavité péritoneale et la cellulite pariétale préconise l'utilisation locale du 1162 F en poudre introduit au cours de l'intervention dans les décollements péritoneaux et dans la couche musculo-graisseuse de la plaie pariétale.

Il ne faut toutefois pas oublier de noter que l'expérience des thérapeutes utilisant les sulfamides a mis à jour de nombreux cas de sulfamidorésistances.

Comme nous l'avons signalé, le volvulus du côlon sigmoïde est une affection relativement rare dans nos contrées. Ce fait explique les hésitations des différents auteurs qui ont étudié cette question à utiliser et à préconiser l'une ou l'autre des techniques décrites.

CHAPITRE II

Documents cliniques

Une observation récente et que nous allons reproduire schématiquement, ainsi qu'une autre un peu plus ancienne publiée par MM. F. BERTRAND et M. CAHUZAC à la Société de Chirurgie de Toulouse, le 20 décembre 1935 ont été pour nous un précieux enseignement. Elles nous ont conduit à envisager une thérapeutique complète et radicale par résection intestinale et suture bout à bout en un temps deux mois après une intervention conservatrice pratiquée dans les mêmes conditions et pour le même motif.

OBSERVATION

Relevée à la clinique chirurgicale et cancérologique de M. le Professeur DUCUING :

M. X... est un robuste vieillard de 79 ans. Constipé habituel avec débâcles diarrhéiques à la suite de lavements ou de purgatifs énergiques : il est très gros

mangeur et son régime alimentaire est à prédominance végétarienne.

Il présente depuis 48 heures de violentes douleurs abdominales. Il y a arrêt total des matières et des gaz mais pas de vomissements.

L'inspection nous montre un abdomen distendu avec nette dilatation du cadre colique et ondes péristaltiques fréquentes. L'abdomen asymétrique, ovoïde, à grand axe oblique orienté vers en bas et à droite. A cet endroit siège la dilatation maxima. Le météorisme est très important, le toucher rectal est négatif. L'examen radiologique sans préparation n'a pu être pratiqué.

Intervention (Docteur RIEUNAU) : Sous-anesthésie générale, laparatomie médiane sous ombilicale. Un énorme côlon pelvien surdistendu fait issue par la plaie opératoire. On complète son extériorisation puis on détord l'S iliaque. Une sonde rectale réussit à évacuer le contenu intestinal qui est très abondant et fétide.

Le mésosigmoïde étant court, épaissi, œdémateux et atteint de mésentérite rétractile blanchâtre nacrée qui attire l'un vers l'autre les deux pieds de l'anse intestinale notablement augmentés de volume, les tractus de mésentérite rétractile superficielle sont disséqués et enlevés restituant ainsi au côlon sigmoïde et à son meso un aspect anatomique quasi normal.

Une exploration abdominale complémentaire ne révèle rien d'anormal.

Le sigmoïde ainsi vidé, revenu à ses dimensions habituelles est réintingré dans la cavité abdominale.

On ferme la paroi abdominale en un seul plan total à l'aide de bronzes fins.

Les suites opératoires sont des plus simples, sans incident notable : gaz au bout de 48 heures, selle au cinquième jour.

Malgré son grand âge, M. X... ne présente ni complication respiratoire ni cardiaque ni urinaire. Le vingt-cinquième jour, il quitte le service parfaitement guéri.

Deux mois après, M. X... présente une nouvelle crise d'occlusion intestinale : comme la première fois, l'abdomen est distendu, asymétrique ovoïde, le péristaltisme intestinal est net. Il y a arrêt total des matières et des gaz, pas de vomissements, le météorisme est très important.

En raison de la longueur anormale du côlon pelvien constatée lors de la première intervention et en raison même de cette précédente torsion on porte le diagnostic de volvulus du sigmoïde et l'on décide de pratiquer rapidement l'intervention ci-dessous.

Anesthésie générale — Laparatomie médiane sous ombilicale (docteur RIEUNAU).

Le sigmoïde énorme distendu tordu est détordu et extériorisé.

Quatre jours plus tard : résection de l'anse extériorisée au bistouri électrique.

On pratique alors sur les deux bouts une suture termino-terminale incomplète sur les trois quarts postérieurs en un plan total au catgut suivi d'un plan séro-musculaire de sécurité au fil de lin.

Comme lors de la première intervention, les suites opératoires sont extrêmement simples.

A partir de ce moment, le transit intestinal se rétablit progressivement par les voies naturelles.

Au vingtième jour, il persiste une petite fistule stercorale qui laisse échapper une petite quantité de matières.

Le malade quitte le service pratiquement guéri et cicatrisé.

Revu quelques semaines après, le malade présente une fistule stercorale plus importante que lorsqu'il a quitté l'hôpital. Ce malade dont le régime alimentaire est strictement végétarien et extrêmement abondant évacue à la fois des matières par les voies naturelles et par sa fistule.

Par ailleurs, l'état général et local de M. X... est parfait. Vu son âge, et étant donné qu'elle n'est en rien incompatible avec une vie normale, la cure radicale de la fistule n'est pas envisagée chez cet homme qui accepte très bien cette légère infirmité.

Un peu différente est l'observation publiée en 1935 par MM. BERTRAND et CAHUZAC et que nous allons résumer maintenant.

Il s'agit d'un homme de 56 ans amené d'urgence à l'Hôtel-Dieu avec le diagnostic d'occlusion intestinale aigue.

Il y a dix ans une première intervention pour volvulus aigu du sigmoïde est pratiquée à Narbonne.

Vu l'aspect clinique du malade, on décide donc de pratiquer l'extériorisation de l'anse après sondage rectal négatif et ponction au troquart qui permet à l'anse de revenir à des dimensions normales. L'anse

est maintenue extériorisée et enfermée dans des compresses arrosées de sérum physiologique tiède. Deux jours après, ouverture de l'anse thermo-cautère, injections répétées de sérum hypertonique.

Cinq jours après l'intervention, on a à nouveau le tableau clinique d'occlusion intestinale. On reséque au thermo-cautère l'anse extériorisée, on pratique au lavement salé dans le bout supérieur sans résultat. Le soir l'état général s'aggrave nettement et le malade meurt le lendemain matin en pleine occlusion.

L'autopsie révéla que la mort était due non pas à l'intervention sigmoïdienne mais à une occlusion siégeant à la terminaison du côlon transverse. Tout le cadre colique apparaît atteint de colique chronique.

CHAPITRE III

Critique des moyens utilisés

Ces deux observations ont servi de point de départ à notre courte étude sur le traitement du volvulus aigu du côlon pelvien.

La simple détorsion après évacuation suivie de fixation à la paroi est une opération simple anodine et logique, mais, et beaucoup d'auteurs l'ont également remarqué, elle est insuffisante et elle expose aux récidives car suivant la phrase de LECÈNE : « Elle a le grand inconvénient de laisser après elle des brides péritonéales dangereuses avec possibilité de récidives du volvulus autour du point de fixation pris comme axe ».

Toutefois chez un malade âgé ou en mauvais état à condition que l'anse une fois détordue reprenne sa couleur normale, qu'elle ne soit pas en voie de sphacèle, c'est l'opération qu'il faut préconiser lorsqu'on craint que le malade ne supporte pas une opération plus importante.

Toute autre de conséquence est la colectomie segmentaire, c'est-à-dire l'ablation de l'anse dont la conformation entraîne la torsion, les coudures, la mésenté-

rite rétractile Pour la réaliser il est indispensable de s'entourer de toutes les précautions destinées à lutter contre l'infection opératoire lors de l'ouverture de la lumière intestinale ainsi qu'il a été mentionné précédemment. C'est parce que les chirurgiens n'observaient pas toutes ces précautions que la colectomie segmentaire en un temps fut si longtemps jugée dangereuse et ne donna pas les résultats qu'on en attendait. En particulier la technique de REYBARD exposait les malades au lachage intra-abdominal des sutures et de toutes les conséquences dramatiques qui en découlent. Cette technique reprise par SENÈQUE et MILHET fut améliorée en ce sens que la suture étant maintenue extériorisée, le danger d'infection abdominale était réduit. Quoiqu'il en soit, nous lui préférons celle décrite par DELORE et BISCH, précisée dans ses détails par GOINARD et MERZ.

Cette méthode opératoire assure au chirurgien le maximum de sécurité. En effet, l'ouverture de l'intestin n'a lieu qu'après que la cavité péritonéale ait été complètement refermée et la paroi suturée au maximum évitant ainsi cellulite et péritonite septique.

Le drainage du bout supérieur évite la distension gazeuse, la stagnation stercorale, l'accumulation de produits solides traumatisants, la traction du mesocôlon ramène progressivement la suture à l'intérieur de la cavité abdominale.

« Au fur et à mesure que l'anse réintègre la cavité abdominale à la fin de l'intervention et dans les jours qui suivent, cette suture péritonéale entraîne vers l'intérieur, autour de l'anastomose un entonnoir séreux.

Même devenue très profonde, l'anastomose reste extra-péritonéale (GOINARD et MERZ) ».

La cicatrisation se fait spontanément et rapidement. Le risque de désunion de l'anastomose est réduit au minimum.

Lorsque l'état général du malade est précaire et son âge avancé, il vaut mieux faire précéder l'exerèse d'une extériorisation qui permet au malade de voir son état général et local s'améliorer.

Telle est la technique extrêmement légitime et prudente utilisée dans les observations mentionnées plus haut. Dans un second temps, cette colectomie suivie de suture termino-terminale subtotale extériorisée mettra le malade dans les meilleures conditions possibles.

Reprenant les phrases de SENÈQUE et MILHET :

« La méthode classique de colectomie en un temps est une méthode simple élégante qui réclame un minimum de séjour à l'hôpital, mais elle n'offre pas de sécurité car la désunion toujours possible des sutures colo-coliques entraînerait une péritonite aiguë ».

Ceci s'adresse évidemment à l'opération du type REYBARD.

« La colectomie en plusieurs temps, au contraire a la grande qualité d'être une méthode très sûre, mais elle a deux défauts : Le premier d'être assez complexe et d'obliger à un long séjour à l'hôpital ; le deuxième bien plus important, celui de constituer un anus artificiel difficile à faire accepter au malade...».

La technique que nous allons décrire dans ses détails précédée ou non d'extériorisation suivant l'état du malade, répond à l'une et à l'autre de ces critiques ; elle présente un maximum de sécurité, elle n'entraîne pas un trop long séjour à l'hôpital ; l'anus artificiel se referme rapidement et spontanément.

Dans le cas de M. X... dont la fistule stercorale s'est agrandie, il faut voir une exception dûe à l'excès de son régime végétarien et au fait qu'il est gros mangeur.

C'est à l'imperfection d'équilibre de son régime entraînant un transit digestif considérable qu'il faut attribuer cet accident survenu alors que le malade n'était plus soumis au régime équilibré de la clinique chirurgicale.

CHAPITRE IV

Technique opératoire

L'extériorisation préalable ne présente aucune difficulté, ainsi que le dit « QUENU » la paroi incisée, l'anse géante distendue par les gaz, libre et mobile au bout de son meso s'extériorise d'elle même. Une sonde introduite par voie rectale en cas d'échec une ponction au troquart permettent l'évacuation et la détorsion.

Résection en un seul temps :

L'incision soit médiane et aussi courte que possible, soit dans la fausse gauche telle que celle décrite par Mac BURNEY à droite lors de l'appendicectomie.

L'exploration abdominale est parfois délicate en période d'occlusion, l'ouverture de la cavité abdominale permet de repérer immédiatement l'anse dilatée et d'y reconnaître le côlon sigmoïde.

L'extériorisation de l'anse montre que la détorsion et l'évacuation sont parfois délicates. Il faut s'aider d'une sonde rectale, d'une ponction, d'une expression

manuelle douce pour ramener l'anse à un volume normal.

La ligature et la section du meso ne peuvent être effectuées soigneusement qu'après dissection de la plaque de mésosigmoïdité rétractile superficielle.

On fait l'hémostase et on sectionne le meso à mi-hauteur.

L'exclusion péritonéale permet d'isoler l'anse du péritoine.

On retrécit de haut en bas par un surjet la fente péritonéale jusqu'aux deux pieds de l'anse. On péritonise soigneusement les deux faces de l'anse et du méso.

On ferme partiellement la paroi intestinale d'où émerge l'anse intacte. Celle-ci, une fois ouverte, les chances d'infection péritonéale ou de cellulite seront réduites au minimum.

La section de l'anse est faite aux ciseaux au niveau de la section du meso après avoir pincé transversalement les deux segments de l'anse. En général rien ne sort de la lumière intestinale.

L'anastomose termino-terminale subtotale en trois plans rétablit immédiatement la continuité intestinale.

Deux fils d'appui séro-séreux à droite et à gauche sont suivis d'un surjet séro-séreux d'adossement postérieur. Ensuite on pratique les surjets séro-musculaires et muco-muqueux postérieurs. On continue le dernier à droite et à gauche, en ménageant un espace anté-

rieur permettant juste le passage d'un drain introduit dans le bout supérieur. Celui-ci est encore mieux enserré dans les sujets séro-musculaire et séro-séreux antérieurs.

On termine en refermant au maximum la paroi aponévrotique et la plaie cutanée.

Conclusion

1° Le traitement du volvulus aigu du sigmoïde doit être un traitement chirurgical de sécurité.

2° La fréquence des récidives après réintégration sans résection doit faire éliminer ce procédé opératoire.

3° Les sutures intrapéritonéales immédiates après résection « type RAYBARD » donnent des résultats catastrophiques.

4° Seules les sutures extrapéritonéales après résection sont à conseiller.

5° La résection peut être immédiate ou elle peut être retardée.

6° La résection retardée après extériorisation du volvulus paraît être le procédé à conseiller.

7° La suture termino-terminale incomplète avec anus in situ temporaire est la méthode qui assure le maximum de sécurité.

8° La cure finale de cet anus peut être spontanée ou opératoire.

Vu : *Le Président de la Thèse,*
BOULARAN.

Vu : *Le Doyen,*
J. CALVET.

Vu et permis d'imprimer :
Toulouse, le 28 novembre 1945,
Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
P. DOTTIN.

Bibliographie

ALCOVERT. — Th. Toulouse 1939.

BERTRAND ET CAHUZAC. — Sur un cas de volvulus du côlon sigmoïde (soc. chir. Toulouse, 20 décembre 1935).

BERNARD. — Mémoires de l'Académie de Chirurgie 17 février 1943.

BONNET. — Lyon Chirurgical, t.XIX n° 3 p. 354, 1922.

BLOODGOOD. — Obstruction intestinale par volvulus ou adhérences de l'S iliaque (Annals of Surgery 1909, tome XLIX, n° 2, février, p. 161 à 182)

BUNTSCHUH. — A propos du volvulus du gros intestin (Beitrage sur klinischer chirurgie, t. LXXXV f. 1, 1913, p. 91 à 115).

CHARRIER. — Pratique médico-chirurgicale T III Côlon-volvulus.

CHATON. — Mémoires de l'Académie de Chirurgie. 25 novembre 1943.

CORACHAN... Ch. du côlon. Cancer excepté (Rapport au 10e congrès de la Soc. Int. de Chirurgie. Le Caire 31 décembre 1935, 5 janvier 1936, *Presse Médicale*, 29 janvier 1936).

CZISEWSKI. — (Lwow). Extirpation du côlon comme méthode de choix dans le volvulus de l'anse sigmoïde. *Posłka Gazeta Lecarska* an VII, n° 47, 24 novembre 1929, p. 890-891.

DELORE. — A propos du traitement du volvulus du côlon sigmoïde (*Revue de Médecine* 1911).

DELORE ET BISCH. — Traitement du volvulus. *Revue de chirurgie* 1932, p. 775.

DELORE GABRIELLE ET MERZ. — Lyon chirurgical, 27 juin 1935.

DELORE ET GABRIELLE. — Rapport de Peyrus (Lyon chirurgical 27 novembre 1937).

DELORE GABRIELLE ET MERZ. — Deux cas de résection de dolichosigmoïde en un temps (Lyon chirurgical, janvier février 1936, t. XXXIII p. 112-116).

DUROUX ET MANGINI. — (Lyon). Volvulus du côlon pelvien. (Lyon chirurgical t. VII. n° 1. janvier 1911, p. 41 à 62).

EISS S. — Megacôlon (mal de Hirschprung) trait. par la résection extrapéritonéale en un temps. (*Journal of Surgery*, novembre 1936, p. 272-285).

FERNSTROM. — Contribution à l'étude du volvulus du côlon sigmoïde et spécialement sa forme chronique technique de la résection côliqu — (Acta chirurgia Scandinavia vol. LXI, fasc. 2 3 décembre 1926, p. 213-257).

FORGUE. — Quelques précisions au sujet du volvulus de l'S iliaque (*Presse Médicale*, 10 janvier 1920, p. 21).

GAUDART D'ALLAINES, A. LE ROY, J. POINTEAU. — *Mémoires de l'Académie de Chirurgie* 15 mars 1944 l'anastomose par suture sur drain dans la chirurgie du côlon pelvien.

GAUDART D'ALLAINES. — Deux cas du volvulus du côlon pelvien traités par la résection immédiate (*Bulletins et Mémoires de la Société Nationale de Chirurgie* (Paris) Rapport de P. LECÈNE t. LIII p. 357-350).

GRIFFORD NASH. — 3 cas de volvulus du côlon sigmoïde (*The Britisch Médical Journal* n° 3558, 16 mars 1929, p. 500).

GLATZEL. — Torsion pathologique de l'S iliaque. Chirurgia clinica polinica, vol. I, 1929, p. 133.

GOINARD. — (Rapport d'OKINCZYC). Bulletins et mémoires de la Société Nationale de Chirurgie 10 juillet 1935, p. 954.

— Mémoires de l'Académie de Chirurgie, 9 novembre 1938. Sur le traitement chirurgical du dolicho-côlon. Résection splanchnique ou splanchnicotomie.

GOINARD ET MERZ. — L'opération du dolicho-sigmoïde en un temps. Résection extra péritonéale. Anastomose immédiate subtotale. *Journal de Chirurgie*, 1935 t. XLVII, p. 220-231.

GUIBE. — Mégacôlon congénital, volvulus de l'S iliaque guérison. *L'Année Médicale* de Caen, t. XLI, 2 février 1920, p. 29-37.

GUILLAUME. — Archives des maladies du tube digestif et de la nutrition, mai 1935. E. 25, n° 5, p. 507.

HARDOUIN. — Société de Chirurgie de Paris, 1935.

HAGEN TORN. — Sur la prophylaxie des récidives du volvulus de l'S iliaque par la mesosigmoïdoplicature *Zentralblatt für Chirurgie*, t. LIV, n° 36, 3 septembre 1927, 2284-2286.

INGEBRIGTSEN. — Du volvulus de l'S iliaque. *Lyon Chirurgical*, t. XXI, n°5, septembre octobre 1919.

JANKOWSKI. — Le volvulus du gros intestin. *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* T. CXXIX fasc. 4 septembre 1913, p. 229 à 308.

KLINT. — Hospitalstidende F. L. XII, n° 17, 18, 29 avril et 6 mai 1914, p. 513 527 545 561.

LANGE W. — Cure radicale du volvulus du sigmoïde par invagination. *Zentralblatt für Chirurgie*, 1920, T. XLVII, n° 44, p. 1341-1343.

LECÈNE. — Contribution à l'étude du volvulus du gros intestin. *Revue de Chirurgie*, janvier 1920, T. XLI, n° 1, p. 21 à 44.

LITCHENKO. — Etude sur le volvulus de l'anse sigmoïde, Chirurgia, T. XXXIII, n° 197, mai 1913, p. 648-662.

MAKEWNIN. — Contribution à la question de la cure radicale du volvulus de l'S iliaque. *St. Petersburger Medizinische Zeitschrift*, T. XXXVII, n° 4, 15-28 février 1912, p. 55-56.

MARCINKOWSKI. — Volvulus de l'S iliaque. *Przeglad Chirurgiezny i ginekologiezny*, T. III novembre-décembre 1910, p. 266 à 306.

MAZET. — Les torsions pathologiques du gros intestin et leur traitement chirurgical. Thèse de Doctorat, Lyon, novembre 1912.

MAZZINI. — Volvulus d'un mega sigmoïde. Colectomie idéale. *La Semana Médica an* XXXVII, n° 27 3 juillet 1930, p. 55-59.

MENEGAUX ET CONSTANTINI. — Rapport au Congrès Français de Chirurgie, 1935.

MIGINIAC. — Traitement du Megacôlon sigmoïdien compliqué d'occlusion aigüe (Archives des maladies de l'appareil digestif n°1, 1922).

MONDOR. — Diagnostics urgents de l'abdomen, p. 369.

MOUCHET. — Encyclopédie médico-chirurgicale, p. 9073.

MOULONGUET. — Bulletins et mémoires de la Société Nationale de Chirurgie, 1934, n° 34, p. 1405.

NEUDORFER. — Sur le traitement du volvulus de l'anse sigmoïde. *Zentralblatt für Chirugie*, 1920, T. XLVII, n° 48, p. 1437-1439.

PATEL ET PIERRE DUVAL. — Chirurgie du côlon pelvien (cancer excepté). Question discutée au XXVI° Congrès de l'Association Française de Chirurgie. Paris, 6-11 octobre 1913.

PAUCHET. — Colectomie pour volvulus. Technique chirurgicale, janvier 1933.

PEYRUS. — (Delore et Gabrielle) Lyon chirurgical 27 février 1937.

PICHAT. — Thèse de Paris, 1928.

POCHHAMMER. — L'anastomose sigmoïdienne méthode simple pour le traitement du volvulus de l'anse sigmoïde. *Zentralblatt für Chirurgie, T. XLVII,* n° 7, 14 février 1920, p. 148-149.

POTAIN. — Du volvulus de l'S iliaque. Leçon clinique *Gazette Médicale de Paris*, 29 novembre 1879, p. 610-622.

QUENU. — Traité de technique chirurgicale T. IV, 1942-1944, p. 626-722.

RENDU. — De l'étranglement intestinal par double flexion de l'S iliaque sur elle même. Bulletin de la Société Anatomique, 1875, p. 632.

RETZLAFF. — Anomalies du gros intestin. Volvulus de l'anse sigmoïde. *Zentralblatt für Chirurgie*, T. LVIII, n° 9, 28 février 1931, p. 518-524.

ROSENFELD. — Diagnostic et traitement du volvulus du côlon pelvien. Thèse de Paris, 1923.

SEILLE. — Thèse de Paris, 1923.

SENÈQUE ET MILHET. — Traitement chirurgical du Dolichocôlon en particulier par le procédé de la résection en un temps avec suture termino-terminale extériorisée. *Journal de Chirurgie*, août 1935.

SOUTHAM. — Volvulus du gros intestin (*The British Médical Journal*) n° 3260, 23 juin, p. 1050-1051.

SOUPAULT. — Mémoires de l'Académie de Chirurgie. Séance du 26 mai 1943.

STOPPATO. — Considérations sur le volvulus de l'anse sigmoïde (Archivio Italiano di Chirurgia) T. IX fasc. 6, 1924, p. 585 à 628.

VIGUIER. — Bulletins et mémoires de la Société de Chirurgie de Paris, T. XXXVIX, n° 22, 17 juin 1913, p. 932 à 937.

Imprimerie Toulousaine
(Raoul Lion)
2, rue Romiguières — Toulouse